

## **ДЕКОМПРЕССИЯ ПЛЕЧЕ – ЛОПАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЛОКИРОВАННЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА**

*Дитто Д., Аскерко Э.А*

*УО “Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет”*

Общим проявлением нестабильности в плечевом суставе является нарушение функции движения и боль различной интенсивности. Данное состояние обусловлено множеством факторов, которых, по мнению многих исследователей и нашими собственными наблюдениями насчитывается более десятка [5]. Один из них, блокированный вывих плеча, он характеризуется отсутствием или резким ограничением как активных, так и пассивных фаз движений верхней конечности в плечелопаточном сочленении. Консервативное лечение этой патологии не эффективно. Оперативное вмешательство разнообразно по воздействию на структуры плечевого сустава, так в арсенале методик обязательно используют артропластику [6], дополняя ее воздействием на капсулу [1,7], тонизацию мышц различными препаратами [3] и др. [4]. Сочетания артропластики и декомпрессии подакромиального пространства в литературе мы не встречали. Вторичные изменения в окружающих тканях [2], а также послеоперационное замещение поврежденных участков грубой рубцовой тканью или оссификатами ведет к сужению субакромиального пространства. На этом фоне при движении верхней конечности возникает вклинивание патологически измененной ткани между акромиальным отростком лопатки с одной стороны и бугорками плечевой кости с другой, плечевая кость опосредованно соударяется с вышеуказанным отростком. Больные щадят верхнюю конечность, и как правило через 2-3 месяца развивается приводящее – ротационная контрактура плечевого сустава. Это ведет к длительной нетрудоспособности, а иногда к инвалидности больных.

Цель: определить целесообразность декомпрессии плечелопаточного промежутка при пластике головки плечевой кости у больных с блокированными вывихами плеча.

**Материал и методы.** Клиника травматологии и ортопедии Витебского медицинского университета на базе областной клинической больницы располагает опытом наблюдения и обследования 51 пациента и лечения 46 больных с блокированными вывихами плеча, в возрасте от 42 до 67 лет. Диагностику патологии осуществляли на основе клинических симптомов, рентгенографических, сонографических данных, магнитно-резонансной и компьютерной томографии.

В 29 случаях нами было проведено оперативное вмешательство, с включением в его объем декомпрессии плече-лопаточного промежутка. Операцию проводили в горизонтальном положении пациента, под эндотрахеальным наркозом. Доступ при задних блокированных вывихах плеча осуществляли дугообразным разрезом по верхне-наружной поверхности плечевого сустава с продольным рассечением дельтовидной мышцы на протяжении 4-5 сантиметров и отсечением от акромиального отростка лопатки в пределах 5-6 сантиметров. При передних блокированных вывихах плеча, разрез выполняли в промежутке между дельтовидной и большой грудной мышцей. Затем проводили декомпрессию плече-лопаточного промежутка, которая заключалась в частичной клиновидной (до 1/2 толщины акромиального отростка) нижней акромионэктомии. При задних блокированных вывихах плеча выполняли пластику дефекта головки плечевой кости по методике разработанной в клинике. В случаях передних вывихов, дефект заполняли сухожилиями наружных ротаторов плеча, в 1 случае использовали ротационную остеотомию в 9 случаях методику Бристоу-Латарже. Акромиальный конец дельтовидной мышцы фиксировали трансоссально П-образными швами. Операционную рану послойно ушивали и дренировали.

На операционном столе накладывали деротационную шину или плечевой ортез на 3-4 нед. По истечению иммобилизации, на фоне применения блокад начинали интенсивный курс восстановительного лечения, на основе разработанных в клинике методик и приспособлений в течении 2-3 нед., направленный на увеличение активного и пассивного объема движений в плече-лопаточном суставе. Дальнейшая реабилитация проходила в амбулаторных условиях в течении еще 2-3 нед.

**Результаты и обсуждение.** Анализ отдаленных исходов лечения задних блокированных вывихов плеча показал, что выполненная нами остеотомия с фиксацией пластиной и винтами позволила получить хорошие результаты в сроки  $(16,19 \pm 6,08 \text{ мес.})$  при среднем клиническом индексе (СКИ)  $= 4,79 \pm 0,18$  баллов и величине раскрытия плече-лопаточного угла (ПЛУ)  $= 74,76 \pm 7,01^\circ$ . Однако, в более отдаленные сроки  $(24,11 \pm 0,06 \text{ мес.})$  у 2 пациентов СКИ достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался от предыдущих данных, так СКИ  $= 3,50 \pm 0,09$  баллов и ПЛУ  $= 56 \pm 3,02^\circ$ . Это было обусловлено сопутствующим невритом п. axillaries. Исходы лечения с использованием предложенной нами методики позволили получить хорошие результаты в сроки  $12,09 \pm 0,05 \text{ мес.}$  при СКИ  $= 4,7 \pm 0,02$  и величине раскрытия ПЛУ  $= 79,62 \pm 0,09^\circ$ , с дальнейшим улучшением, так в сроки  $39,05 \pm 0,07 \text{ мес.}$  СКИ  $= 4,92 \pm 0,01$  и

ПЛУ=99,67±0,12°. В группе больных с передним вывихом результаты лечения были хуже. Так у 60% пациентов были получены удовлетворительные результаты в сроки (18,1±7,11 мес.) при СКИ=4,00±0,25 и величине раскрытия плече - лопаточного угла (ПЛУ)=64,88±8,08°. Это было обусловлено отсутствием в арсенале оперативного пособия дополнительного декомпрессивного вмешательства. Однако трудоспособность восстанавливалась у всех больных от 3 до 6 мес.

### **Выводы.**

1. Однозначного алгоритма лечения блокированных вывихов плеча нет.

2. Пластика дефекта головки плечевой кости или вывод дефекта из соприкосновения с суставной поверхностью лопатки предотвращает возвратную нестабильность.

3. Декомпрессия плече-лопаточного промежутка, как вспомогательная оперативная процедура, существенно улучшает отдаленные исходы лечения, способствует снижению болевого синдрома и существенно влияет на функцию верхней конечности.

### **Литература:**

1. Arthroscopic anterior shoulder stabilization: combined multiple suture Injury repair and laser-assisted capsular shrinkage / M. Bohnsack [et al.] // . – 2002. – Vol. 33. № 9. – P.795-799.

2. Chamblor, A. F. Recurrent shoulder dislocation secondary to chronic synovitis in sickle cell disease: a case report / A. F. Chamblor, D. J. Rossouw // J. Shoulder Elbow Surg. – 2001. – Vol. 10, №4. – P.383-384.

3. de Boer, K. S. Treatment of recurrent posterior dislocation of the shoulder in cerebral palsy by injection with botulinum toxin. A into the M. subscapularis / K. S. de Boer, P. M. Rozing, J. H. Arendzen // Clin. Rehabil. – 2004. – Vol. 18, № 7. – P. 764-766.

4. Humeral head impression fracture in acute posterior shoulder dislocation: new surgical technique / M. Assom [et al.] // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. – 2006. – №5. – P. 1-5.

5. Martin, S. S. The terrible triad of the shoulder / S. S. Martin, T. J. Limbird // J. South Orthop. Assoc. – 1999. – Vol. 8, №1. – P. 57-60.

6. Shoulder arthroplasty for locked posterior dislocation of the shoulder / J. W. Sperling [et al.] // J. Shoulder Elbow Surg. – 2004. – Vol. 13, №5. –P. 522-527.

7. Treatment of glenohumeral subluxation using electrothermal capsulorrhaphy / K. L. Wong [et al.] // Arthroscopy. – 2005. – Vol. 21, №8. – P. 985-991.